

気管支拡張剤用

お薬の連絡票					
令和 年 月 日 ( )					
クラス			病 院 名		
園児名					
保護者					
病名 (症状)					
薬の種類					
投薬期間	月 日 ~		月 日		
日 付	( )	( )	( )	( )	( )
体 温	℃	℃	℃	℃	℃
便の状態	良 硬 軟	良 硬 軟	良 硬 軟	良 硬 軟	良 硬 軟
食 欲	良 普 無	良 普 無	良 普 無	良 普 無	良 普 無
咳	多 少 無	多 少 無	多 少 無	多 少 無	多 少 無
受取り保育者					
園長印					
静岡隣人会保育園 園長様 医師の診察を受けたところ、 上記のように指示がありましたのでお願いします。  ※薬剤情報提供書を添えて提出して下さい。					

気管支拡張剤用

お薬の連絡票					
令和 年 月 日 ( )					
クラス			病 院 名		
園児名					
保護者					
病名 (症状)					
薬の種類					
投薬期間	月 日 ~		月 日		
日 付	( )	( )	( )	( )	( )
体 温	℃	℃	℃	℃	℃
便の状態	良 硬 軟	良 硬 軟	良 硬 軟	良 硬 軟	良 硬 軟
食 欲	良 普 無	良 普 無	良 普 無	良 普 無	良 普 無
咳	多 少 無	多 少 無	多 少 無	多 少 無	多 少 無
受取り保育者					
園長印					
静岡隣人会保育園 園長様 医師の診察を受けたところ、 上記のように指示がありましたのでお願いします。  ※薬剤情報提供書を添えて提出して下さい。					